

MESTRADO INTEGRADO

PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

Imagem Corporal Positiva e Emoções nas Perturbações do Comportamento Alimentar

Sara Filipa Silva Castro

M

2019





PREDITORES DA IMAGEM CORPORAL POSITIVA NAS PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

Sara Filipa Silva Castro

Junho 2019

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado em Psicologia, área de Psicologia Clínica e da Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora Sandra Torres (FPCEUP).

Avisos Legais

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

O presente estudo é parte integrante do projeto de investigação “A aceitação do corpo na doença: Estudo da imagem corporal positiva em diferentes condições clínicas”. Como colaboradora neste projeto de investigação, durante os anos letivos 2017/2018 e 2018/2019 participei na recolha de dados em contexto hospitalar, inserção dos questionários na base de dados e análise dos dados. O trabalho aqui apresentado baseia-se apenas numa parte dos dados recolhidos e constitui uma análise quantitativa das variáveis associadas à imagem corporal positiva em pessoas com perturbação do comportamento alimentar.

Agradecimentos

À Prof. Dra. Sandra Torres, pela orientação precisa, pela partilha de conhecimentos, pelo profissionalismo e pelo rigor, que fizeram com que todo este processo se tornasse mais produtivo e fosse uma constante aprendizagem.

Ao Centro Hospitalar Universitário São João, à Dra. Isabel Brandão e a todos os participantes que fizeram com que fosse possível a realização deste projeto.

À Dra. Cristina Pontes, que me transmitiu sempre uma palavra de incentivo perante as dificuldades que foram surgindo ao longo deste percurso.

À minha mãe, que sempre me apoiou e incentivou a fazer aquilo que amo em todas as áreas da minha vida.

Ao meu pai, de quem herdei a persistência.

Ao meu irmão, “o melhor presente que os meus pais me poderiam ter dado”. Pela proteção, pelas aprendizagens e pelas partilhas.

Ao Luís, por me encorajar e desafiar, por me ajudar a sair da zona de conforto, por todos os momentos partilhados a fazer as coisas que mais gostamos... por ser o meu porto seguro.

À Isabel, por ter sido alguém que se tornou tão importante em pouco tempo, nesta minha curta passagem pela FPCEUP. Por ser a amiga que dá sempre o melhor de si e me incentiva a fazer o melhor possível a partir das condições existentes e pelas reflexões em conjunto... quer sobre a psicologia, quer sobre a vida.

Resumo

Apesar da IC Positiva ser um construto recente e pouco explorado numa variedade de patologias, inclusive nas PCA, a evidência tem sugerido que poderá assumir um papel relevante na prevenção e tratamento destas perturbações, uma vez que estas afetam a vivência do corpo. Este estudo visou explorar diferenças entre indivíduos com perturbação do comportamento alimentar (PCA) e participantes de controlo saudáveis, ao nível das diferentes dimensões da IC Positiva, das dificuldades de regulação emocional (RE) e o estado emocional (afetividade positiva e negativa e sintomatologia de ansiedade e depressão). Adicionalmente, procuramos explorar a associação entre a IC Positiva e as variáveis do domínio emocional em ambos os grupos. Participaram neste estudo 20 indivíduos com PCA, do sexo feminino. O grupo de controlo foi constituído por 33 indivíduos saudáveis, do sexo feminino. Os participantes preencheram medidas de autorrelato para avaliação das diferentes dimensões do construto de IC Positiva (apreciação corporal, aceitação corporal, funcionalidade corporal, concetualização ampla de beleza, investimento na aparência e responsividade corporal), das dificuldades de RE (DERS), da afetividade negativa e positiva (PANAS) e da presença de sintomatologia de ansiedade e depressão (HADS). Os resultados revelaram que o grupo PCA obteve índices mais reduzidos de IC Positiva e de afetividade positiva e níveis mais elevados de dificuldades de RE, de afetividade negativa e de sintomatologia de ansiedade e de depressão. Em particular, as dimensões da IC Positiva (apreciação, funcionalidade e responsividade corporal), revelaram uma associação negativa com as dificuldades de RE, a afetividade negativa e a sintomatologia de ansiedade e depressão; e uma associação positiva com a afetividade positiva, nas PCA. No grupo de controlo, e à semelhança do grupo PCA, as dimensões de apreciação e responsividade corporal, foram as que demonstraram uma maior associação (negativa) com a globalidade das variáveis emocionais. Este estudo sugere que determinadas dimensões da IC Positiva têm uma relação estreita com a vertente emocional. Sendo duas áreas centrais na génese e manutenção das PCA, a intervenção conjunta poderá constituir uma estratégia pertinente ao nível do tratamento.

Palavras-chave: Imagem Corporal Positiva; Perturbações do Comportamento Alimentar; Regulação Emocional; Afetividade Negativa; Afetividade Positiva; Ansiedade; Depressão

Abstract

Although Positive Body Image (PBI) is a recent construct and little explored in a variety of disorders, including eating disorders (ED), the evidence has suggested that it may play a relevant role in the prevention and treatment of these disorders, since they affect the body's experience. This study aimed to explore the differences between individuals with ED and healthy controls (HC) with regard to different dimensions of PBI, difficulties of emotional regulation (ER) and emotional state (negative and positive affect, and symptomatology of anxiety and depression). Additionally, we seek to explore the association between PBI and the variables of the emotional domain, in both groups. Twenty female individuals with ED, participated in this study. The control group consisted of thirty-three healthy subjects, female. Participants completed self-report measures to assess the different dimensions of PBI (body appreciation, body acceptance, body functionality, broad conceptualization of beauty, investment in appearance and body responsiveness); the difficulties of ER (DERS); the negative and positive affect (PANAS) and the anxiety and depression (HADS). The results revealed that ED group showed lower rates of PBI and of positive affect; and higher levels of difficulties of ER, of negative affect and of symptomatology of anxiety and depression. In particular, body appreciation, body functionality and body responsiveness, revealed a negative association with difficulties of ER, negative affect and symptoms of anxiety and depression; and a positive association with positive affect. In the control group and similar to the ED group, the dimensions of body appreciation and body responsiveness showed a greater (negative) association with the overall emotional variables. This study suggests that certain dimensions of PBI have a close relationship with the emotional dimension. Being two central areas in the genesis and maintenance of ED, joint intervention may be a strategy relevant to the treatment.

Keywords: Positive Body Image; Eating Disorders; Emotional Regulation; Negative Affect; Positive Affect; Anxiety; Depression

Résumé

Bien que l'image corporelle positive (ICP) soit une construction récente et peu explorée dans divers troubles, y compris les troubles de comportement alimentaire (TCA), il a été suggéré qu'elle pourrait jouer un rôle important dans la prévention et le traitement de ces troubles, car ils affectent l'expérience du corps. Cette étude visait à explorer les différences entre les individus souffrant de TCA et les participants sains, en ce qui concerne les différentes dimensions de ICP, les difficultés de régulation émotionnelle (RE) et l'état émotionnel (affectivité positive et négative et la symptomatologie de l'anxiété et dépression). De plus, nous avons cherché à explorer l'association entre l'ICP et les variables du domaine émotionnel dans les deux groupes. Vingt femmes atteintes de TCA ont participé à cette étude. Le groupe témoin était composé de 33 sujets sains, également du sexe féminin. Les participants ont réalisé des mesures d'auto-évaluation pour analyser les différentes dimensions de l'ICP (appréciation du corps, acceptation du corps, fonctionnalité du corps, conceptualisation ample de la beauté, investissement dans l'apparence et la réactivité du corps); les difficultés de RE; l'affectivité négative et positive (PANAS) et la symptomatologie de l'anxiété et dépression (HADS). Les résultats ont montré, que le groupe souffrant de TCA présentait des taux plus faibles d'IC positif et d'affectivité positive, ainsi que des taux de difficultés de RE plus élevés, une affectivité négative et des symptômes d'anxiété et de dépression. En particulier, les dimensions de l'ICP (l'appréciation corporelle, la fonctionnalité corporelle et la réactivité corporelle) ont révélé une association négative avec les difficultés de régulation émotionnelle (RE), les affectivités négatives, les symptômes d'anxiété et de dépression et une association positive avec l'affectivité positive chez les TCA. Dans le groupe de contrôle et similaire au groupe souffrant de TCA, les dimensions de l'appréciation du corps et de la réactivité du corps ont montré une association plus grande (négative) avec la globalité des variables émotionnelles. Cette étude suggère que certaines dimensions de l'ICP ont une relation étroite avec la dimension émotionnelle. Étant deux domaines centraux de la genèse et du maintien des TCA, une intervention conjointe peut être une stratégie pertinente pour le traitement.

Mots-clés: Image corporelle positive; Troubles du comportement alimentaire; Régulation émotionnelle; Affectivité négative; Affectivité positive; Anxiété; Dépression

Índice

Enquadramento Téorico	1
1.1. Imagem Corporal Positiva	1
1.2. Imagem Corporal nas Perturbações do Comportamento Alimentar	3
1.3. Potenciais Preditores da Imagem Corporal Positiva nas Perturbações do Comportamento Alimentar	6
Estudo Empírico	11
2. Método	11
2.1. Participantes	11
2.2. Materiais.....	12
2.3. Procedimentos	15
2.4. Análise de Dados.....	15
3. Caracterização Clínica da Amostra de PCA e Análises Preliminares.....	17
3.1. Análise Comparativa da IC Positiva, Estado Emocional e Dificuldades na Regulação de Emoções entre os Grupos PCA e controlo	17
3.2. Associação entre a IC Positiva e o Domínio Emocional.....	19
Discussão	21
Conclusão	27
Referências bibliográficas.....	29

Índice de Tabelas

Tabela 1	17
Tabela 2	18
Tabela 3	19
Tabela 4	20

Lista de Acrónimos e Abreviaturas

IC – Imagem Corporal

PCA – Perturbações do Comportamento Alimentar

RE – Regulação Emocional

AN – Anorexia Nervosa

BN – Bulimia Nervosa

BED – *Binge Eating Disorder*

Enquadramento teórico

1.1. Imagem Corporal Positiva

Junne et al. (2018) definiram a Imagem Corporal (IC) como uma experiência psicológica multifacetada de integração da componente física (*embodiment*), auto-percepções e auto-attitudes relacionadas com o corpo e que inclui pensamentos, crenças, sentimentos e comportamentos. Podem distinguir-se três componentes da IC: a percetiva, que se refere à precisão com que se percebe o tamanho dos diferentes segmentos corporais ou do corpo na sua totalidade; a subjetiva (cognitivo-afetiva) que atende às atitudes, sentimentos e avaliações que o corpo desperta, principalmente o seu tamanho e o peso; e a comportamental, referente aos comportamentos provocados pela percepção do corpo e sentimentos associados (Grajera, Quiñones, & Bento, 2018).

As investigações no campo da IC têm-se centrado na compreensão, prevenção e tratamento da IC negativa, vulgarmente a insatisfação ou distorção corporal. Com vista a obter uma compreensão mais abrangente da experiência de IC, surgiu recentemente a definição do construto de IC Positiva. A IC Positiva é distinta da IC negativa, pois apesar de se correlacionarem negativamente não se situam no mesmo contínuo e contemplam dimensões diferentes. A IC Positiva define-se pela apreciação, aceitação e proteção do corpo e respeito relativamente às necessidades do mesmo (Tylka & Wood-Barcalow, 2015b; Wood-Barcalow, Tylka, & Augustus-Horvath, 2010). Constitui um construto abrangente e multidimensional cujas facetas serão apresentadas detalhadamente.

A apreciação corporal é uma faceta central deste construto que do ponto de vista teórico difere da satisfação corporal (Williamson & Karazsia, 2018). Refere-se à apreciação das características únicas, funcionalidade e saúde do corpo (Tylka & Wood-Barcalow, 2015b) e gratidão para com estas (Wood-Barcalow et al., 2010). A aceitação corporal reflete-se no amor e conforto para com o corpo (Frisén & Holmqvist, 2010) ainda que não exista satisfação com todos os seus aspetos. Implica a aceitação de todas as formas, tamanhos e qualidades únicas (Cook-Cottone, 2015) e a apreciação do corpo pela sua função (Tylka & Wood-Barcalow, 2015b). Esta faceta inclui ainda a aceitação corporal percebida, ou seja, sentir-se amado, especial e valorizado por qualidades não relacionadas com a aparência (Cash & Smolak, 2011). A aceitação corporal percebida relaciona-se bidireccionalmente

com a apreciação corporal, o que tem sido sugerido como um aspeto central da IC Positiva, permitindo reforçá-la e mantê-la (Wood-Barcalow et al., 2010). A conceitualização ampla da beleza é uma outra faceta inerente ao conceito e caracteriza-se pela perceção de que diversas aparências físicas podem ser bonitas e de que é possível encontrar beleza nas próprias características, ainda que estas não se coadunem com os ideais da sociedade (Tylka & Wood-Barcalow, 2015b). Esta faceta relaciona-se positivamente com a apreciação corporal e inversamente com as comparações sociais (ao nível do corpo, alimentação e exercício), atitudes *anti-fat*, internalização do ideal de magreza e vigilância do corpo (Tylka & Iannantuono, 2016). O investimento adaptativo na aparência refere-se à melhoria das características naturais, através de métodos benignos e reflete-se no envolvimento regular em autocuidados relacionados com a aparência. A positividade interior diz respeito à conexão entre a IC Positiva, os sentimentos positivos e os comportamentos adaptativos (e.g., confiança no corpo, otimismo, felicidade, autocuidado e ajudar os outros) (Tylka & Wood-Barcalow, 2015b). Na interpretação da informação de modo a proteger o corpo, atua um “filtro protetor” que permite que a informação positiva e consistente com uma IC Positiva seja internalizada e que a informação negativa seja rejeitada ou reformulada (Wood-Barcalow, 2006; Wood-Barcalow et al., 2010). Tal como demonstrado no estudo de Tylka e Wood-Barcalow (2015a), este “filtro protetor” liga-se também à flexibilidade da IC, ou seja, à capacidade de experienciar e aceitar pensamentos, crenças e sentimentos positivos e negativos relacionados com o corpo (Sandoz, Wilson, Merwin, & Kellum, 2013). Este “processo de filtragem” poderá ser o mais relevante na promoção e manutenção da IC Positiva, ao fomentar o investimento no corpo e preservar uma avaliação positiva do mesmo (Wood-Barcalow et al., 2010). Por fim, o *attunement*¹ define-se como a capacidade de estar consciente de/atento às experiências e necessidades do corpo e de respeitá-lo, através do envolvimento em comportamentos adaptativos. Esta faceta pode ser melhor compreendida com base no *Attuned Representational Model of The Self*. Este modelo postula a existência de dois sistemas (interno e externo) que incluem as necessidades fisiológicas, os pensamentos, os sentimentos, a família, a comunidade e a cultura. O *attunement* corresponde a um processo recíproco de influência mútua e correção entre estes aspetos do *self*, processo este envolvido na perceção e experienciação do corpo e implicado no desenvolvimento saudável (Cook-Cottone, 2006, 2015; Wood-Barcalow et al., 2010).

¹ Colocou-se a expressão original pelo facto de não haver uma proposta de tradução para Português.

1.2. Imagem Corporal nas Perturbações do Comportamento Alimentar

A IC negativa é considerada um dos fatores de risco para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar (PCA), entre outras variáveis do foro individual, sociocultural e familiar (Littleton & Ollendick, 2003; Rodgers, Chabrol, & Paxton, 2011). Diversas investigações têm reforçado o papel da insatisfação corporal na predição das PCA. Os comportamentos de dieta/regulação do peso, poderão ser despoletados a partir da insatisfação e preocupação com o peso e as formas corporais (Sharpe et al., 2018). Consequentemente, o afeto negativo induzido pela IC negativa, poderá originar desregulação alimentar como forma de regular emoções negativas. Contudo, deve-se salientar que algumas estratégias de regulação emocional (RE) não predisseram significativamente a insatisfação corporal (Sim & Zeman, 2006).

Verifica-se assim que a insatisfação com a IC pode estar envolvida na etiologia das PCA, mas é também ela uma característica central destas perturbações (Cash & Deagle, 1997). Na Anorexia Nervosa (AN) e Bulimia Nervosa (BN), encontram-se juízos valorativos sobre o corpo que não coincidem com as suas características reais (Sepúlveda, Botella, & León, 2001). Estas experiências podem originar uma distorção da IC (Chisuwa & O'Dea, 2010) que se manifesta ao nível da perceção, cognição, afeto, comportamento ou na combinação destas dimensões.

A perceção refere-se à imagem mental do próprio corpo/partes do mesmo e respetivas sensações associadas. Assim, inclui a sensação de ocupar espaço, a composição corporal, a forma de partes do corpo (Delinsky, 2011). As distorções percetivas conduzem à insatisfação corporal e reforçam a distorção da IC (Brooks, Prince, Stahl, Campbell, & Treasure, 2011). As cognições incluem crenças sobre a aparência do corpo, bem como o significado atribuído à mesma. Em sujeitos com PCA, estas crenças tendem a ser ideias sobrevalorizadas sobre a relevância do peso e/ou forma e excessiva preocupação relativamente aos últimos. Deste modo, em indivíduos com AN e BN, verifica-se sobrestimação do tamanho, peso e forma corporais, cujas falhas na perceção sensorial contribuem para tal. É de realçar que a distorção da IC parece ser mais pronunciada em sujeitos com BN do que em sujeitos com AN (Lantz, Gaspar, DiTore, Piers, & Schaumberg, 2018). Acrescente-se que esta também pode estar presente na Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva (*tradução de Binge Eating Disorder* - BED²). No que toca ao afeto, este inclui sentir-se gordo(a), enjoado(a) e

² Será usada esta sigla por ser a mais comumente encontrada na literatura.

envergonhado(a), especialmente em situações que despoletam pensamentos sobre o peso/forma ou perante a ingestão alimentar. Por último, os comportamentos englobam diversos métodos de verificação do peso e da aparência e/ou evitamento da confrontação com os últimos (Delinsky, 2011).

Efetivamente, existem diversos mecanismos/estratégias de *coping* que mantêm a distorção da IC e reforçam a IC negativa, entre os quais o evitamento e a verificação corporal (Hrabosky, 2011). Pode estar presente uma alternância entre os dois comportamentos ou o envolvimento simultâneo em ambos (Walker, White, & Srinivasan, 2018). O evitamento e a verificação corporal, associam-se positivamente com os sintomas centrais de PCA (Nikodijevic, Buck, Fuller-Tyszkiewicz, de Paoli, & Krug, 2018) e são manifestações comportamentais da excessiva preocupação com a forma, o peso, a alimentação e o seu controlo (Walker et al., 2018). O evitamento reflete-se no uso de roupas largas; em não visualizar o corpo/reflexo e no evitamento de locais e situações que enfatizam a aparência física (Ahrberg, Trojca, Nasrawi, & Vocks, 2011; Hrabosky, 2011). Apesar de aliviar o *distress* relativo ao peso e à forma, não altera as crenças distorcidas (Nikodijevic et al., 2018) e, pelo contrário, reforça a IC negativa. Este comportamento associa-se com a compulsão alimentar, como meio de evitamento experiencial (Hrabosky, 2011). A verificação é uma tentativa de controlo da distorção da IC (Leonidas & Santos, 2012) e manifesta-se em comportamentos de avaliação do peso, forma e tamanho (Walker et al., 2018) incluindo averiguação ao espelho, pesagens frequentes, tocar/beliscar certas partes do corpo e realizar medições (Ahrberg et al., 2011). Tal poderá originar sobrestimação do tamanho do corpo através da atenção seletiva (Hrabosky, 2011) ou seja, conduzir a um viés atencional para as áreas do corpo que geram mais preocupação, surgindo cognições e emoções negativas perante a confrontação com estas, as quais aumentam a insatisfação corporal (Lewer et al., 2017; Walker et al., 2018). Consequentemente, a crença de que o corpo é inaceitável e que deve ser evitado ou monitorizado com vista a facilitar o controlo do peso, é reforçada e perpetua a PCA. Portanto, este comportamento constitui-se como parte do ciclo de *distress* e preocupação (Hrabosky, 2011). Hipotetiza-se que estes comportamentos possam constituir fatores de manutenção da insatisfação corporal e da PCA (Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003).

Quanto à IC Positiva, apesar de ser um construto recente e ainda pouco explorado nas PCA, a evidência tem sugerido que poderá assumir um papel relevante na sua prevenção e tratamento (Cook-Cottone, 2015). As suas facetas têm-se demonstrado protetoras, ao conter

o desenvolvimento da IC negativa e ao possibilitar ganhos mais eficazes e duradouros advindos do tratamento (Tylka & Wood-Barcalow, 2015b). Num estudo com mulheres elevada interiorização dos ideais de beleza, observou-se que a apreciação corporal, funcionou como um fator protetor dos efeitos negativos da exposição aos *media*, tornando-as capazes de minimizar a importância destes comparativamente à funcionalidade e identidade (Halliwell, 2013). Adicionalmente, Andrew, Tiggemann, e Clark (2015), exploraram o papel protetor da IC Positiva face aos efeitos negativos da exposição aos ideais de magreza veiculados pelos *media*, em estudantes universitárias. À semelhança do estudo de Halliwell (2013), os autores concluíram que após a exposição, as estudantes com níveis elevados de apreciação corporal não revelaram mudanças ao nível da insatisfação corporal. Esta faceta revelou prever ainda a diminuição do comportamento de dieta e níveis futuros de alimentação intuitiva (Andrew, Tiggemann, & Clark, 2016). Além disso, verificou-se que níveis mais elevados de apreciação corporal se associaram a níveis mais reduzidos de sintomatologia de PCA (Tylka & Wood-Barcalow, 2015a).

Existe também evidência de que a aceitação corporal, poderá ter um efeito moderador na relação entre a insatisfação corporal e o desejo de magreza. Verifica-se ainda que indivíduos com PCA, tendem a demonstrar uma menor aceitação da IC. Tal levanta a hipótese de esta ser uma variável mediadora no processamento da IC nestas perturbações (Ferreira, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011). Quanto à flexibilidade da IC, esta faceta associou-se negativamente com a insatisfação corporal (Sandoz et al., 2013). Webb (2015) sugeriu que a flexibilidade da IC poderá diminuir o risco de desenvolvimento de PCA, em sujeitos com insatisfação corporal. Além disso, no estudo de Butryn et al. (2013), as melhorias ao nível da flexibilidade da IC após o tratamento, associaram-se com a diminuição dos sintomas de PCA. Efetivamente, a evidência sugere que a flexibilidade da IC, poderá ser uma faceta relevante para a identificação de indivíduos em risco de desenvolvimento de PCA (Tylka & Wood-Barcalow, 2015b).

Adicionalmente, foram identificados na literatura outros fatores protetores para o desenvolvimento das PCA, sustentados em facetas da IC Positiva, entre os quais: o envolvimento prazeroso em atividades físicas e não relacionadas com a aparência; o autocuidado e a conexão prazerosa com os próprios desejos; a perspetiva crítica perante os estereótipos; um ambiente social seguro, que forneça experiências de poder social e equidade, não relacionadas com a aparência e relações interpessoais que forneçam aceitação e validação (Piran, 2015).

1.3. Potenciais Preditores da Imagem Corporal Positiva nas Perturbações do Comportamento Alimentar

A literatura documenta a presença de dificuldades de RE nas PCA e considera-as, inclusivamente, uma característica transdiagnóstica a todo o espectro. As dificuldades de RE constituem um fator de risco para o desenvolvimento de sintomatologia de PCA (Mallorquí-Bagué et al., 2018; Westwood, Kerr-Gaffney, Stahl, & Tchanturia, 2017), na medida em que o comportamento alimentar poderá funcionar como estratégia de *coping* para lidar com os estados emocionais intensos. Empiricamente, esta associação entre os níveis de desregulação emocional e a gravidade dos sintomas de PCA encontra-se bem documentada (Lavender et al., 2015). Especificamente na AN, as emoções negativas demonstraram-se como centrais ao nível afetivo, sendo que estas tendencialmente surgem em resposta a estímulos relacionados com a alimentação e o peso. Os indivíduos com AN desenvolvem esquemas desadaptativos relativamente a estes estímulos, os quais influenciam as perceções, pensamentos, emoções e comportamentos e conduzem a erros sistemáticos no processamento de informação relevante (Torres et al., 2011).

Tende-se a considerar que a PCA atua como um meio desadaptativo de autorregulação (Hatch et al., 2010), uma vez que existem lacunas no acesso a estratégias de RE adaptativas, consistentemente reportadas em revisões sistemáticas recentes (Haynos & Fruzzetti, 2011; Caglar-Nazali et al., 2014; Lavender et al., 2015; Oldershaw et al., 2011, 2015; Dingemans, Danner, & Parks, 2017; Westwood et al., 2017). Nas PCA, demonstrou-se um menor uso de um estilo positivo de *coping* em comparação a sujeitos saudáveis (Oldershaw et al., 2015). Algumas das estratégias não adaptativas implementadas pelos sujeitos com AN e BN, incluem: a comparação social; o evitamento experiencial; a supressão emocional; a inibição; a repressão e a ruminação.

Quanto ao evitamento experiencial, os sujeitos com PCA, revelaram maior evitamento da emoção, comparativamente aos controlos. Já o evitamento da ameaça/dano, é característico de todos os tipos de AN e de BN, apesar de estar mais particularmente relacionado com os sintomas de BN Tipo Ingestão Compulsiva/Purgativo, os quais constituem uma estratégia de evitamento cognitivo. Relativamente ao uso da supressão emocional, na AN e BN, verificaram-se níveis elevados desta estratégia e maior recurso à mesma, comparativamente aos controlos – especialmente, perante o evitamento do conflito. Os indivíduos com AN, demonstraram também uma maior probabilidade de possuir um controlo rígido das experiências internas, através da repressão. Ao nível do controlo da

emoção, não foram encontradas diferenças entre os grupos com AN e BN. Nas PCA, verificou-se ainda um menor recurso à reavaliação e maior uso da ruminação, em comparação com um grupo de controlo.

Além disso, Torres et al. (2011), concluíram que os indivíduos com AN tendem a adotar um estilo de pensamento externamente orientado, como estratégia de restrição das experiências afetivas. De modo geral, as principais dificuldades dos indivíduos com AN situaram-se ao nível do processamento cognitivo e da regulação de emoções negativas, as quais surgem frequentemente e de forma inapropriada em situações que induzem preocupações com o corpo e a alimentação.

Para além destas dificuldades ao nível das estratégias de RE, Westwood et al. (2017), concluíram que a alexitimia é transdiagnóstica a todo o espectro de PCA. Esta caracteriza-se por várias lacunas cognitivo-afetivas, entre as quais: dificuldades em identificar e descrever estados emocionais; em reconhecer as próprias emoções; em distinguir emoções de sensações físicas; em comunicar estados emocionais; e por um pensamento concreto e externamente orientado (Gilboa-Schechtman, Avnon, Zubery, & Jeczmiern, 2006).

Ao nível do reconhecimento emocional, verificou-se uma disfunção no processamento precoce e não consciente dos estímulos emocionais (Hatch et al., 2010; Nowakowski, McFarlane, & Cassin, 2013); bem como, défices no reconhecimento facial da emoção, na AN.

A ausência de identificação explícita da emoção, conduz a um viés emocional automático implicado no surgimento e manutenção das perturbações emocionais. Na AN, verificaram-se também vieses atencionais para palavras gerais relativas a emoções e não pertinentes para a doença e para palavras relacionadas com a comida e o corpo (Hatch et al., 2010; Oldershaw et al., 2011; Haynos & Fruzzetti, Caglar-Nazali et al., 2014; Westwood et al., 2017). Oldershaw et al. (2011), concluíram que este viés em relação a estímulos relevantes para a doença, estende-se aos estímulos emocionais de valência positiva e negativa.

No que concerne à expressão emocional, os sujeitos com PCA e em específico com AN, revelaram uma menor expressão facial da emoção (principalmente das emoções negativas) comparativamente aos controlos (Oldershaw et al., 2011; Caglar-Nazali et al., 2014; Davies et al., 2016). Em comparação a sujeitos saudáveis, os indivíduos com AN e BN, possuem ainda níveis mais reduzidos de clareza e de consciência emocional, que se traduzem em

lacunas na mentalização da experiência emocional dos outros (Hatch et al., 2010; Oldershaw et al., 2011, 2015; Oldershaw et al., 2015; Westwood et al., 2017).

Quanto à prevalência da alexitimia nos diferentes diagnósticos de PCA, a evidência indicou que na AN Tipo Restritivo, esta é de 56%, na AN Tipo Purgativo, de 68.2% e na BN, 47% (Nowakowski et al., 2013). É de realçar que no estudo de Torres et al. (2015), a depressão explicou parcialmente a presença de alexitimia na AN. Os autores sugeriram que a depressão modula a expressão das dimensões da alexitimia nesta PCA de forma diferente, dependendo da frequência e da severidade dos sintomas depressivos, bem como da medida em que cada dimensão da alexitimia mude em resposta à presença de sintomas depressivos.

Apesar da investigação sobre a IC Positiva nas PCA ser ainda muito limitada, existem indicadores de que este construto pode estar associado com a dimensão emocional. No estudo de Swami, Stieger, Haubner, e Voracek (2008), a apreciação corporal relacionou-se com o afeto positivo. Na investigação de Hughes e Gullone (2011), os sintomas bulímicos associaram-se com um menor uso da estratégia de RE de aceitação racional positiva.

Vários estudos demonstraram ainda uma relação entre a IC (maioritariamente, a insatisfação corporal) e a ansiedade e a depressão. No estudo de Junne et al. (2016), as percepções de IC associaram-se com sintomas de ansiedade e depressão, na AN. Tal levou os autores a sugerir que a IC poderá contribuir para a comorbilidade ao nível afetivo, nesta PCA. Também Doumit, Zeeni, Ruiz, e Khazen (2016), investigaram a ansiedade e a depressão, como potenciais moderadores das relações entre a insatisfação com a IC e a alimentação restritiva, emocional e externamente orientada. Os autores concluíram que a ansiedade moderou a relação entre a insatisfação com a IC e a restrição alimentar. Com vista a investigar esta relação, alguns estudos recorreram à teoria da objetificação. Choma, Shove, Busseri, Sadava, e Hosker (2009), concluíram que o traço auto-objetificação (diferença individual relativamente estável/traço, caracterizada pela frequente autoavaliação e monitorização do corpo) associou-se com níveis mais elevados de sintomas depressivos. Também Zheng e Sun (2017), testaram a aplicabilidade desta teoria, na predição do humor depressivo e da PCA, em estudantes universitárias. Os resultados indicaram que a vigilância do corpo despoletou vergonha e ansiedade em relação ao mesmo, variáveis essas que conduziram à emergência de humor depressivo e de PCA. Adicionalmente, Jung et al. (2017), investigaram a associação entre o Índice de Massa Corporal (IMC) e a depressão. Os autores concluíram que possuir um IMC inferior a 18.5 (o qual poderá associar-se com uma IC negativa) aumenta o risco de depressão. Aliás, na investigação de Stice e Bearman

(2001) com raparigas adolescentes, a insatisfação corporal mostrou predizer um aumento dos sintomas depressivos.

No que concerne à IC Positiva, apenas se encontrou um estudo que procurou explorar o papel moderador da RE, nas relações entre as preocupações com a IC e sintomatologia psicológica. Hughes e Gullone (2011), mostraram que o foco na funcionalidade do corpo, associou-se negativamente com a ansiedade e a depressão. Considerando o *coping* face à IC, estes autores concluíram que a relação entre as preocupações com a IC e os sintomas depressivos, foi moderada pelo recurso à estratégia de aceitação racional positiva. Em síntese, o estudo da IC nas PCA tem-se debruçado sobre a IC negativa, evidenciando que esta desempenha um papel relevante na predição da sintomatologia alimentar. Apesar do estatuto recente da IC Positiva, os resultados das investigações neste construto têm-se revelado promissores, uma vez que documentam o seu potencial na prevenção e tratamento das PCA através das suas facetas, que têm vindo a assumir-se como protetoras. Consequentemente, tem-se evidenciado a sua aplicabilidade na potenciação do tratamento.

Concomitantemente à IC negativa, as dificuldades de RE são também um fator de risco para o desenvolvimento de PCA, favorecendo o uso da alimentação como estratégia de *coping* face a estados emocionais. A este nível, a investigação na IC Positiva é também escassa. Contudo, os estudos desenvolvidos até à data suportaram a sua associação com componentes emocionais.

Quanto à ansiedade e à depressão, a associação entre estas variáveis e a insatisfação corporal encontra-se bem documentada. Já ao nível da IC Positiva, apenas foi encontrado um estudo que relacionou este construto com a ansiedade e a depressão, no qual se concluiu que existe uma associação negativa entre estas variáveis (Hughes & Gullone, 2011).

Com a recente definição do construto da IC Positiva, emerge a necessidade de compreender o papel que esta variável pode desempenhar no curso e tratamento da doença. Para tal, torna-se pertinente caracterizar a IC Positiva nesta população e perceber se esta variável se associa com a presença de dificuldades emocionais – dois fatores associados à manutenção da patologia alimentar e que, do ponto de vista teórico, se poderão influenciar mutuamente. Neste sentido, o presente estudo assume-se de natureza exploratória e visa analisar comparativamente indivíduos com PCA com um grupo de controlo no que diz respeito:

- 1) à IC Positiva, considerando as suas diferentes facetas;
- 2) às dificuldades de RE;

3) ao estado emocional (afetividade negativa e positiva, e sintomatologia de ansiedade e depressão).

Adicionalmente, pretende-se investigar a relação entre a IC Positiva e o domínio emocional (RE e estado emocional).

Como hipótese, espera-se que os indivíduos com PCA apresentem menores índices de IC Positiva, comparativamente com o grupo de controlo, em todas as dimensões do construto estudadas. Será ainda expectável que as variáveis do foro emocional (estado emocional negativo e dificuldades de RE) se encontrem negativamente relacionadas com a IC Positiva.

Estudo Empírico

2. Método

O presente estudo é parte integrante do projeto de investigação “A aceitação do corpo na doença: Estudo da imagem corporal positiva em diferentes condições clínicas”.

2.1. Participantes

O estudo foi desenvolvido com dois grupos de participantes. Um grupo composto por 20 indivíduos com diagnóstico de PCA (grupo PCA), do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 16 e os 43 anos ($M = 24.25$; $DP = 8.07$). A seleção desta amostra realizou-se com base num método não probabilístico, visto que a escolha dos elementos foi não-aleatória e ocorreu através do agendamento de consultas disponibilizado pelo Centro Hospitalar Universitário São João para esta condição clínica.

Esta investigação contou ainda com um grupo de controlo, constituído por 33 participantes do sexo feminino, saudáveis, sem diagnóstico de PCA e com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos ($M = 24.48$; $DP = 3.76$). Esta amostra foi recrutada com base numa metodologia bola-de-neve, constituindo uma amostra por conveniência.

Definiram-se os seguintes critérios de inclusão para o grupo PCA: a) ter diagnóstico de AN, BN, BED, Outra PCA especificada e PCA não especificada, conforme os critérios definidos no DSM-5 (APA, 2013), b) ter idade igual ou superior a 16 anos, c) ser do sexo feminino (dado que a prevalência das PCA é superior, neste género), d) ter diagnóstico de AN, BN, BED, Outra PCA especificada e PCA não especificada, conforme os critérios definidos no DSM-5 (APA, 2013), e) ter conhecimento do seu diagnóstico médico, f) ter parecer positivo do seu médico para participar, g) possuir acuidade visual normal – ou corrigida para normal. Quanto aos critérios de exclusão, assumiram-se: a) a presença de défice cognitivo, b) gravidez ou período de seis meses pós-gravidez, c) patologia oftalmológica significativa, d) disforia de género, e) comportamentos de automutilação, d) comorbilidade psiquiátrica severa, que interfira na participação no estudo.

2.2. Materiais

Para avaliar as diferentes dimensões da ICP, usaram-se os seguintes instrumentos:

Body Appreciation Scale-2 (BAS-2). O BAS-2 (Tylka & Wood-Barcalow, 2015a; versão portuguesa de Lemoine et al., 2018), avalia a aceitação corporal, as opiniões favoráveis e o respeito relativamente ao corpo, através de dez itens com uma escala de likert de 5 pontos (0 = *nunca*, 5 = *sempre*). Na versão original, a estrutura fatorial unidimensional, os índices de fidelidade (alfa de Cronbach de .97) e de validade de construto (convergente, incremental e discriminante), foram confirmados. Lemoine et al. (2018), conduziram o estudo de validação do BAS-2 para Portugal, o qual suportou as suas propriedades psicométricas. A sua consistência interna foi demonstrada para o sexo masculino e feminino, com valores de alfa de Cronbach de .91 e .94, respetivamente. Na amostra deste estudo, a fidelidade do BAS-2 também foi assegurada e revelou-se muito boa, com um alfa de Cronbach de .96.

Body Acceptance by Others Scale (BAOS). Este instrumento foi originalmente desenvolvido por Avalos e Tylka (2006; versão portuguesa de Barbosa et al., 2018) e pretende avaliar em que medida o respondente percebe a aceitação do seu corpo, por parte de fontes externas. É constituído por dez itens e as respostas são reportadas numa escala de cinco pontos que varia entre *nunca* e *sempre*. Avalos e Tylka (2006), demonstraram a validade e a fidelidade (alfa de Cronbach de .91) deste instrumento. O estudo de exploração das propriedades psicométricas da versão portuguesa do BAOS, estabeleceu a sua validade de construto (convergente, divergente e incremental) e a sua fidelidade (alfa de Cronbach de .94) em amostras independentes de adolescentes e adultos. Neste estudo, o alfa de Cronbach para o BAOS obteve um valor de .94, indicador de muito boa consistência interna.

Functionality Appreciation Scale (FAS). Alleva, Tylka, e Kroon Van Diest (2017), desenvolveram a FAS, com o objetivo de avaliar a apreciação da funcionalidade corporal. O respondente utiliza uma escala de 5 pontos, de 1 = *discordo totalmente* a 5 = *concordo totalmente*, com vista a avaliar os sete itens incluídos no instrumento. No estudo de Alleva et al. (2017) a FAS revelou boas qualidades psicométricas, tendo sido demonstrada a sua unidimensionalidade e invariância em relação ao género. Adicionalmente revelou ter uma

boa consistência interna ($\alpha = .91$) e estabilidade temporal com três semanas de intervalo. No presente estudo, o alfa de Cronbach foi de .92.

Broad Conceptualization of Beauty Scale (BCBS). O BCBS (Tylka & Iannantuono, 2016), avalia em que medida as mulheres definem a beleza feminina, de forma ampla, dentro de várias características internas e externas. É composto por uma escala unidimensional de nove itens com uma escala de 7 pontos (1 = *discordo totalmente*, 7 = *concordo totalmente*). A consistência interna ($\alpha = .88$) e a validade de construto (convergente, discriminante e incremental) do BCBS, foram confirmadas. A consistência interna do BCBS evidenciou-se aceitável nesta amostra, com um valor de .88 de alfa de Cronbach.

Appearance Schemas Inventory (ASI-R). Com vista a avaliar o investimento do indivíduo, em determinadas crenças ou suposições sobre a importância, o significado e a influência da sua aparência na sua vida, Cash, Melnyk, e Hrabosky (2003), desenvolveram o ASI-R (versão portuguesa de Nazaré, Moreira, & Canavarro, 2010). O instrumento é constituído por 20 itens e o respondente recorre a uma escala de resposta que varia entre *discordo totalmente* e *concordo fortemente*. Os resultados do estudo das propriedades psicométricas da versão original do instrumento, suportaram a sua validade de construto (convergente) e consistência interna (alfa de Cronbach de .90 para o sexo masculino e de .88 para o sexo feminino). A versão portuguesa do ASI-R, revelou também bons níveis de fidelidade (alfa de Cronbach entre .8 e .9) e de validade de construto (convergente e discriminante) (Nazaré et al., 2010). No presente estudo o valor do alfa de Cronbach foi de 0.850.

Body Responsiveness Scale (BRS). Este instrumento, da autoria de Daubenmier (2005), avalia a tendência para integrar as sensações corporais, que permitem guiar a tomada de decisão e o comportamento e não suprimir ou reagir impulsivamente a estas, através de uma escala de sete pontos (1 = *nada verdadeiro a meu respeito*, 7 = *muito verdadeiro a meu respeito*). O valor do alfa de Cronbach para o BRS, foi de 0.7. Já neste estudo, foi de .78.

Difficulties of Emotional Regulation Scale (DERS). O DERS (Gratz & Roemer, 2004; versão portuguesa de Coutinho, Ribeiro, Ferreira, & Dias, 2009), pretende avaliar dificuldades de regulação emocional clinicamente relevantes. O instrumento, inclui 36 itens,

respondidos numa escala de 5 pontos (1 = *quase nunca*, 5 = *quase sempre*). Os resultados do estudo de Gratz e Roemer (2004), indicaram que o DERS tem elevada consistência interna, uma boa fidelidade teste-reteste (.93 de alfa de Cronbach) e uma validade de construto e preditiva adequada. Também os resultados do estudo de Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha, e Dias (2009), demonstraram que a versão portuguesa do DERS, obteve propriedades psicométricas adequadas: estrutura fatorial similar à medida original, uma boa fidelidade teste-reteste (com alfa de Cronbach de .92) muito boa consistência interna e uma boa validade externa. A consistência interna neste estudo foi boa ($\alpha = .96$).

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Este instrumento foi originalmente desenvolvido por Zigmond e Snaith (1983) e adaptado à população portuguesa por Pais-Ribeiro et al. (2006), para rastrear a ansiedade e depressão. O HADS inclui 14 itens, que se organizam em 2 subescalas: ansiedade e depressão, nas quais o respondente utiliza uma escala de resposta de 4 pontos. O processo de validação da versão portuguesa da escala, demonstrou propriedades métricas similares às de estudos internacionais, sugerindo que mede os mesmos construtos, da mesma forma que a versão original, tendo obtido um alfa de Cronbach de .76 para a ansiedade e .81 para a depressão. O valor do alfa de Cronbach obtido para esta amostra foi de .83 e .81, para a ansiedade e depressão respetivamente.

The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). O PANAS (Watson, Clark, & Tellegen, 1988; versão portuguesa de Galinha & Pais-Ribeiro, 2005), foi elaborado para avaliar o afeto positivo e negativo. A escala inclui 20 emoções e duas subescalas – afeto positivo e negativo. As respostas refletem em que medida os sujeitos experienciam cada uma das emoções “durante as últimas semanas” e “durante os últimos dias”, numa escala de 5 pontos (1 = *muito pouco ou nada*, 5 = *muitíssimo*). O estudo de desenvolvimento e validação do instrumento, revelou que as escalas possuem boa consistência interna (alfas de Cronbach de .86 e .87, para a escala de afeto positivo e afeto negativo, respetivamente) e excelentes correlações convergentes e discriminantes. Na amostra do presente estudo, os valores dos alfas de Cronbach para as escalas de afeto positivo e afeto negativo, foram de .91 e .85, respetivamente.

2.3. Procedimentos

O estudo foi aprovado pelas Comissões de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (Ref. 2018/12-6) e do Centro Hospitalar São João (Ref. CA-301/18).

Os participantes do grupo PCA foram convidados a participar no estudo pelo seu médico, após averiguação dos critérios de inclusão e exclusão. Aquando da abordagem inicial, foram explicadas as linhas orientadoras do estudo (objetivos, duração estimada e questões éticas). No grupo PCA, antes de iniciar a recolha de dados, através do preenchimento de medidas de autorrelato em papel, os participantes assinaram o Consentimento Informado mediante o modelo fornecido pelas Comissões de Ética do Hospital onde se realizou o estudo. A avaliação foi individual e aconteceu num gabinete do Centro Hospitalar Universitário de São João. Já os participantes do grupo de controlo, foram recrutados via *online*, tendo preenchido o questionário pela mesma via, a partir dos seus computadores, após esclarecimento dos objetivos do estudo e questões éticas acauteladas.

Em termos éticos, este projeto respeitou os princípios éticos enunciados na Declaração de Helsínquia, considerando a participação voluntária, consentimento informado e esclarecido, confidencialidade e acesso aos dados.

2.4. Análise de Dados

Os dados recolhidos foram introduzidos numa base de dados e analisados quantitativamente através da versão 25 do IBM SPSS Statistics (Statistical Package for the Social Sciences). Foram conduzidas análises descritivas e verificação de dados omissos, não se tendo verificado a ocorrência dos mesmos. O pressuposto da normalidade das variáveis foi explorado e confirmado recorrendo aos testes de Kolmogorov-Smirnov com correlação de Lilliefors e de Shapiro-Wilk, bem como aos valores de assimetria e curtose da distribuição ($|sk| < 3$; $|ku| < 7-10$; Kline, 2005).

Com vista a explorar a relação entre as variáveis de estudo (IC Positiva e variáveis emocionais), utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Pearson (r), cujas associações foram interpretadas tomando como referencial as diretrizes de Cohen (1988): $r = .10$ a $.29$ (correlação fraca); $r = .30$ a $.49$ (correlação moderada); $r = .50$ a 1.0 (correlação forte). Realizaram-se testes t de *Student* para amostras independentes, com o objetivo de comparar o grupo PCA com o grupo de controlo, em relação à IC Positiva. Utilizou-se d de Cohen como medida de tamanho de efeito, utilizando-se os valores de referência sugeridos pelo

autor (1988): .20 efeito pequeno; .50 efeito moderado e .80 efeito grande. Em todas as análises efetuadas, os valores de p inferiores a .05 foram considerados indicativos de diferenças estatisticamente significativas.

Resultados

3. Caracterização Clínica da Amostra de PCA e Análises Preliminares

A amostra de PCA incluiu 15 indivíduos com diagnóstico de AN Tipo Restritivo (28.3%), 3 com diagnóstico de BN (5.7%) e 2 com diagnóstico de BED (3.8%). Quanto ao IMC, esta amostra obteve uma média de 18.8 kg/m² ($DP = 4.43$). A duração média da doença foi de 67 meses ($DP = 61.1$).

Como análises preliminares, procurou-se perceber se existia uma associação entre a IC Positiva (variável central neste estudo) e as características clínicas do grupo PCA: duração da doença e IMC. Não se encontrou nenhuma relação estatisticamente significativa (Tabela 1).

Testou-se ainda a relação com a idade nos dois grupos, e também não se verificou uma associação significativa relativamente às diferentes dimensões da IC Positiva (r entre $|.02|$ e $|.25|$).

Tabela 1

Correlações (r) entre a IC Positiva, a idade, o tempo de doença e o Índice de Massa Corporal, nos grupos PCA.

	Idade	Tempo de doença	Índice de Massa Corporal
PCA			
BAS-2	-.08	.12	.07
BAOS	-.08	.08	.33
FAS	-.16	.07	-.03
BCBS	-.24	-.08	.19
ASI-R	-.16	-.14	-.55
BRS	.03	.18	-.12

Nota. PCA – Perturbação do Comportamento Alimentar; BAS-2 – Body Appreciation Scale; BAOS – Body Acceptance by Others Scale; FAS – Functionality Appreciation Scale; BCBS – Broad Conceptualization of Beauty Scale; ASI-R – Appearance Scheme Inventory; BRS – Body Responsiveness Scale.

3.1. Análise Comparativa da IC Positiva, Estado Emocional e Dificuldades na Regulação de Emoções entre os Grupos PCA e controlo

A Tabela 2, apresenta os resultados obtidos nos testes t para amostras independentes, os quais permitiram interpretar as diferenças entre o grupo clínico e o grupo de controlo, relativamente aos valores médios das diferentes dimensões da IC Positiva. O grupo PCA, revelou um maior investimento na aparência, comparativamente ao grupo de controlo. O

grupo de controlo, apresentou níveis mais elevados de apreciação, aceitação, funcionalidade e responsividade corporal e de uma concetualização ampla de beleza, em comparação ao grupo PCA. As diferenças entre os dois grupos foram de magnitude elevada em todas as dimensões da IC Positiva, à exceção da aceitação e responsividade corporal (magnitudes moderadas).

Tabela 2

Diferenças ao nível da IC Positiva entre os grupos PCA e controlo.

	PCA (n = 20)	Controlo (n = 33)	t	p*	d de Cohen's
	M (DP)	M (DP)			
BAS-2	2.76 (0.88)	3.46 (0.91)	-2.78	.008	-.78
BAOS	2.95 (0.99)	3.65 (0.78)	2.86	.006	-.80
FAS	3.56 (0.90)	4.33 (0.51)	-3.97	< .000	-1.11
BCBS	4.83 (1.24)	6.11 (0.74)	-4.71	< .000	-1.32
ASI-R	3.84 (0.40)	3.40 (0.58)	3.00	.004	.84
BRS	3.65 (1.40)	4.47 (1.11)	-2.35	.002	-.66

Nota. PCA – Perturbação do Comportamento Alimentar; n – Número de sujeitos; M – Média; DP – Desvio Padrão; BAS-2 – Body Appreciation Scale; BAOS – Body Acceptance by Others Scale; FAS – Functionality Appreciation Scale; BCBS – Broad Conceptualization of Beauty Scale; ASI-R – Appearance Scheme Inventory; BRS – Body Responsiveness Scale.

* Os valores de p com significância estatística encontram-se a bold.

Na Tabela 3, podem observar-se os resultados relativos às diferenças entre o grupo clínico e o grupo de controlo, nas dificuldades de RE e no estado emocional. O grupo PCA, obteve níveis mais elevados de dificuldades de RE (na escala total e em todos os fatores), de afetividade negativa, de ansiedade e de depressão. O grupo de controlo, demonstrou níveis mais elevados de afetividade positiva. As diferenças entre os grupos PCA e controlo foram de magnitude moderada ao nível das dificuldades em agir de acordo com os objetivos, da falta de clareza emocional, da afetividade positiva e da sintomatologia de ansiedade. As dificuldades de RE, o acesso limitado a estratégias de RE, a não aceitação das respostas emocionais e a presença de sintomas de depressão, demonstraram diferenças entre o grupo PCA e controlo, de magnitude alta. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre grupos no que concerne à afetividade negativa, à falta de consciência

emocional e às dificuldades no controlo de impulsos, apesar das diferenças entre grupos nos dois últimos fatores, serem de magnitude moderada.

Tabela 3

Diferenças ao nível da regulação emocional entre os grupos PCA e controlo.

	PCA (<i>n</i> = 20) <i>M</i> (<i>DP</i>)	Controlo (<i>n</i> = 33) <i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>t</i>	<i>p</i> *	<i>d</i> de Cohen's
DERS	3.09 (.75)	2.40 (.72)	3.31	.002	.93
Estratégias	3.09 (.86)	2.26 (.97)	3.14	.003	.88
Aceitação	3.29 (1.03)	2.44 (.99)	3.00	.004	.84
Consciência	2.99 (.95)	2.45 (.86)	2.09	.420	.59
Impulsos	2.66 (1.13)	2.11 (.98)	1.88	.060	.53
Objetivos	3.63 (1.02)	3.07 (.91)	2.09	.040	.59
Clareza	2.93 (1.08)	2.21 (.86)	2.70	.009	.76
PANAS-N	2.74 (.65)	2.60 (.77)	.65	.517	.18
PANAS-P	2.90 (.80)	3.39 (.64)	-2.43	.019	-.68
HADS-ANS	11.20 (3.85)	8.00 (4.05)	2.87	.006	.80
HADS-DEP	8.60 (4.45)	4.97 (3.25)	3.42	.001	.96

Nota. PCA – Perturbação do Comportamento Alimentar; *n* – Número de sujeitos; *M* – Média; *DP* – Desvio Padrão; DERS – Difficulties of Emotional Regulation Scale; PANAS-N – Escala de Afeto Negativo; PANAS-P – Escala de Afeto Positivo; HADS-ANS – Escala de Ansiedade; HADS-DEP – Escala de Depressão.

* Os valores de *p* com significância estatística encontram-se a bold.

3.2. Associação entre a IC Positiva e o Domínio Emocional

As correlações *r* de Pearson entre as diferentes dimensões da IC Positiva, as dificuldades de RE e o estado emocional (afetividade negativa e positiva e sintomatologia de ansiedade e depressão) nos grupos PCA e controlo, encontram-se listadas na Tabela 4.

Quanto ao grupo PCA, os resultados revelaram tendencialmente correlações negativas, estatisticamente significativas, de magnitude moderada a forte (*r* entre .48 e .73) entre as várias dimensões da IC Positiva e as variáveis emocionais e uma correlação positiva, estatisticamente significativa, de magnitude moderada (*r* = .47) entre a apreciação corporal e estas variáveis. É de realçar que esta foi a única dimensão da IC Positiva que se relacionou com todas as variáveis emocionais. Também o foco na funcionalidade e responsividade corporal, associaram-se com todas as variáveis emocionais, à exceção da afetividade positiva. Algumas dimensões da IC Positiva, associaram-se pontualmente com as variáveis emocionais. Verificaram-se correlações negativas, estatisticamente significativas, de magnitude moderada a forte, entre a concetualização ampla de beleza e as dificuldades de RE e entre a aceitação corporal e a sintomatologia de ansiedade (*r* = .48, *p* < .05; *r* = .51, *p* < .05, respetivamente). Já o investimento na aparência, não se relacionou significativamente com nenhuma das variáveis relativas ao estado emocional.

No grupo de controlo, a apreciação e aceitação corporal e a responsividade corporal, relacionaram-se com a quase totalidade das variáveis emocionais, à exceção da afetividade negativa e da ansiedade, respetivamente. Obtiveram-se tendencialmente correlações negativas, estatisticamente significativas, de magnitudes moderadas e fortes (r entre .36 e .54) entre estas dimensões da IC Positiva e as dificuldades de RE, a ansiedade e a depressão. Adicionalmente, a aceitação, a apreciação e a reponsividade corporal, correlacionaram-se positivamente, significativamente e com magnitudes moderadas e fortes, com a afetividade positiva ($r = .49, p < .01$; $r = .42, p < .01$; $r = .52, p < .01$, respetivamente). Verificou-se ainda uma correlação negativa, estatisticamente significativa, de magnitude forte ($r = .52$) entre a presença de uma concetualização ampla de beleza e a ansiedade. Neste grupo, o investimento na aparência correlacionou-se positivamente, significativamente e com uma magnitude moderada (r entre .34 e .38) com as dificuldades de RE e a ansiedade.

Tabela 4

Correlações (r) entre a IC Positiva, DERS, PANAS e HADS, nos grupos PCA e Controlo.

	DERS	PANAS-N	PANAS-P	HADS-ANS	HADS-DEP
PCA					
BAS-2	-.62***	-.73***	.47*	-.58**	-.52*
BAOS	-.40	-.30	.35	-.51*	-.37
FAS	-.52*	-.65***	.44	-.50*	-.55*
BCBS	-.48*	-.44	.43	-.41	-.40
ASI-R	-.16	.06	.27	-.01	-.14
BRS	-.50*	-.68***	.31	-.65**	-.53*
Controlo					
BAS-2	-.54***	-.33	.49**	-.38*	-.47**
BAOS	-.48**	-.27	.42**	-.40*	-.36*
FAS	-.30	-.14	.38*	-.11	-.17
BCBS	-.17	-.14	.30	-.02	-.52**
ASI-R	.38*	.32	-.12	.34*	.18
BRS	-.47**	-.43**	.52**	-.29	-.46**

Nota. PCA – Perturbação do Comportamento Alimentar; BAS-2 – Body Appreciation Scale; BAOS – Body Acceptance by Others Scale; FAS – Functionality Appreciation Scale; BCBS – Broad Conceptualization of Beauty Scale; ASI – Appearance Scheme Inventory; BRS – Body Responsiveness Scale; DERS – Difficulties of Emotional Regulation Scale; PANAS-N – Escala de Afeto Negativo; PANAS-P – Escala de Afeto Positivo; HADS-ANS – Escala de Ansiedade; HADS-DEP – Escala de Depressão.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Discussão

Neste estudo, a IC Positiva foi analisada através das suas facetas da apreciação e da aceitação corporal, do foco na funcionalidade do corpo, de uma concetualização ampla de beleza, do investimento na aparência e da tendência para integrar as sensações corporais.

As correlações não significativas entre a IC Positiva e a idade, a duração da doença e o IMC, no grupo PCA, sugerem que a variação da IC não é explicada por estas variáveis. A inexistência de relação entre a IC positiva e a idade, não é consistente com a maioria da literatura que sugere uma associação positiva e significativa entre a apreciação corporal e a idade, em indivíduos que se situam em faixas etárias idênticas à do nosso trabalho (Swami & Ng, 2015; Atari, 2016). Os estudos acerca da associação entre a IC Positiva e o IMC, apresentam resultados mistos. As associações não significativas, verificadas neste estudo ao nível do IMC, são congruentes com o facto da apreciação corporal não se relacionar com esta variável (Swami, Mada, & Tovée, 2012; Swami, García, & Barron, 2017; Vally, D'Souza, Hiba Habeeb, & Bensumaidea, 2017). Por outro lado, não são consistentes com a evidência de que existe uma relação inversa entre a apreciação corporal e o IMC, reportada noutros estudos (e.g., Tylka & Wood-Barcalow, 2015a). Tal sugere que a apreciação corporal integra a experiência subjetiva da vivência do corpo e a sua funcionalidade e que não tem, necessariamente, uma relação linear com o IMC. No futuro, seria interessante explorar esta associação considerando os diferentes diagnósticos em separado.

Os resultados evidenciaram as diferenças existentes entre os grupos PCA e controlo relativamente à IC Positiva, o que vai ao encontro da hipótese inicialmente levantada. Todas as dimensões deste construto revelaram níveis mais elevados no grupo de controlo (apreciação, aceitação, funcionalidade e responsividade corporal; e concetualização ampla de beleza), à exceção do investimento na aparência, que surgiu em níveis superiores no grupo PCA. Efetivamente, os indivíduos com PCA, demonstram uma menor aceitação da IC (Ferreira et al., 2011). Adicionalmente, o maior investimento, significado e influência da aparência no grupo PCA, poderá relacionar-se com o envolvimento desadaptativo em comportamentos de evitamento e verificação corporal. Para além destes comportamentos não serem expectáveis no grupo de controlo, os níveis mais reduzidos nesta dimensão poderão ser justificados a partir do facto dos participantes de controlo saudáveis, possuírem índices mais elevados de IC Positiva e percecionarem o investimento na aparência como

uma representação adaptativa de si próprios para o mundo (Tylka & Wood-Barcalow, 2015b).

Observaram-se também diferenças entre os grupos PCA e controlo, em relação às dificuldades de RE e à dimensão emocional. O grupo PCA apresentou maiores dificuldades em todos os fatores de RE, comparativamente ao grupo de controlo. Efetivamente, os indivíduos com psicopatologia apresentam maiores dificuldades de RE (as quais são uma característica transdiagnóstica nas PCA) e um menor recurso a um estilo positivo de *coping*, em comparação a sujeitos saudáveis (Coutinho et al., 2009; Oldershaw et al., 2015; Westwood et al., 2017; Mallorquí-Bagué et al., 2018). Em conjunto, os resultados do presente estudo e a evidência, são consistentes com a correlação encontrada entre a IC Positiva e as dificuldades de RE, no grupo PCA. No domínio emocional, verificaram-se níveis mais elevados de afeto negativo e mais reduzidos de afeto positivo no grupo PCA, em comparação ao grupo de controlo. Este resultado é congruente com a literatura que sugere níveis mais elevados de afetividade negativa e de dificuldades de regulação e *coping* perante estas emoções nas PCA, comparativamente a sujeitos saudáveis (Sim & Zeman, 2006). Estas diferenças entre grupos são consistentes com as correlações verificadas entre a IC Positiva e o afeto negativo e positivo, nas PCA. Adicionalmente, o grupo PCA revelou maior sintomatologia de ansiedade e depressão, em comparação ao grupo de controlo. Este resultado corrobora a evidência de que os indivíduos com PCA, apresentam níveis mais elevados de ansiedade em comparação a sujeitos saudáveis (Sternheim, Startup, & Schmidt, 2014).

Quanto às associações entre a IC Positiva e as dificuldades de RE no grupo PCA, a apreciação corporal foi a única dimensão da IC Positiva que revelou uma forte associação negativa com todas as variáveis emocionais, o que confirma o facto da BAS-2 ser uma medida de referência na avaliação da IC Positiva e reforça a sua aplicabilidade na investigação e em contextos clínicos (Tylka & Wood-Barcalow, 2015a). Uma maior apreciação corporal, relacionou-se com menores dificuldades de RE. Este resultado vai ao encontro do estudo de Bento, Ferreira, Mendes, e Marta-Simões (2017) no qual a apreciação corporal e a fusão cognitiva relativa à IC (perceção das experiências internas como representações fiáveis da realidade), mostraram mediar o impacto da distorção da IC nas PCA. Deve-se acrescentar que a relação entre a IC negativa e as dificuldades de RE, encontra-se estabelecida na literatura. Uma maior insatisfação corporal, relaciona-se com uma menor expressão emocional (Hayaki, Friedman, & Brownell, 2001), portanto, será

teoricamente expectável que uma maior capacidade de expressão emocional (um mecanismo de RE), corresponda a índices mais elevados de IC Positiva e vice-versa.

A conceitualização ampla de beleza, relacionou-se apenas com menores dificuldades de RE. Pode colocar-se a hipótese de que níveis mais elevados desta dimensão da IC Positiva, correspondam a um menor envolvimento em comparações sociais e na vigilância do corpo, comportamentos estes que poderão fomentar as dificuldades de RE (Tylka & Iannantuono, 2016). O presente estudo, revelou resultados interessantes relativamente à BCBS, uma vez que a conceitualização ampla de beleza, foi a única dimensão da IC Positiva que revelou níveis mais elevados no grupo PCA. Tal permite colocar a hipótese de que contrariamente às restantes escalas, níveis mais elevados na BCBS e na ASI-R, poderão não ser desejáveis. Hipotetiza-se que a conceitualização ampla de beleza, não permita perceber em que medida o investimento na aparência é ou não adaptativo. Assim sendo, em estudos posteriores, será desejável que esta dimensão da IC Positiva seja avaliada com uma metodologia diferente (e.g., através da construção de um instrumento para o efeito). Além disso, o investimento na aparência não se relacionou com nenhuma variável emocional no grupo PCA, o que permite sugerir que esta dimensão da IC Positiva não tem impacto sobre o domínio emocional nesta população. Tal poderá relacionar-se com a possibilidade desta escala não captar corretamente a dimensão do investimento adaptativo na aparência (o qual se pretende mensurar no âmbito da IC Positiva).

Entre as dificuldades de RE no grupo PCA, as mais prevalentes foram a não aceitação das respostas emocionais, as dificuldades em agir de acordo com os objetivos, o acesso limitado às estratégias de RE e a falta de consciência emocional. Neste estudo, uma maior apreciação corporal, correspondeu a níveis mais reduzidos de dificuldades de RE (e possivelmente, maior aceitação das respostas emocionais). Este resultado é consistente com o proposto por Naumann, Tuschen-Caffier, Voderholzer, Schafer, e Svaldi (2016), de que o recurso à aceitação emocional na BN, conduz a uma diminuição da insatisfação corporal. Provavelmente, uma maior aceitação das respostas emocionais nas PCA, poderá relacionar-se com níveis mais elevados de apreciação corporal e de flexibilidade da IC (a qual se traduz na aceitação de pensamentos, crenças e sentimentos relativos ao corpo) (Sandoz et al., 2013).

Efetivamente, os indivíduos com PCA, apresentam dificuldades no envolvimento em comportamentos orientados para os objetivos perante a presença de emoções negativas (Coutinho et al., 2009). Este estudo revelou que índices mais elevados de IC Positiva,

reduzem os estados emocionais negativos, redução esta que poderá relacionar-se com uma diminuição das dificuldades de RE e neste fator em específico.

Os resultados encontrados quanto à existência de um acesso limitado a estratégias de RE nas PCA, confirmam os de estudos anteriores (Haynos & Fruzzetti, 2011; Caglar-Nazali et al., 2014; Lavender et al., 2015; Oldershaw et al., 2011, 2015; Dingemans et al., 2017; Westwood et al., 2017) nos quais esta dificuldade se relaciona com a presença de sintomatologia psicológica. A integração destes resultados, permite colocar a hipótese de que as lacunas no acesso a estratégias de RE, poderão associar-se com níveis mais elevados de sintomatologia de PCA e de ansiedade e depressão. Quanto à associação entre a IC e estratégias específicas de RE, a ruminação (estratégia disfuncional de RE), mostrou predizer um aumento significativo na insatisfação corporal nas PCA (Rivière, Rousseau, & Douilliez, 2018). Adicionalmente, Palmeira, Trindade, e Ferreira (2014), concluíram que a descentração (processo funcional de RE), diminui o impacto da insatisfação corporal na PCA. Os dados obtidos no nosso trabalho são consistentes com os resultados destes estudos e permitem sugerir que o acesso a estratégias adaptativas de RE, poderá ter um impacto na diminuição da IC negativa. Logo, será expectável que níveis mais elevados de apreciação corporal se associem a um acesso menos limitado a algumas estratégias de RE, como a descentração e a defusão cognitiva (Luoma & Hayes, 2003) e consequentemente a uma diminuição da sintomatologia.

Já a falta de consciência emocional não permite a atribuição de sentimentos às características, à saúde e à funcionalidade do corpo (Tylka & Wood-Barcalow, 2015b), por isso, será expectável que índices mais elevados de IC Positiva, correspondam a uma maior consciência emocional. Em contraste, Sim e Zeman (2006), sugeriram que a reduzida consciência emocional e as dificuldades de regulação do afeto negativo, mostraram não predizer significativamente a insatisfação corporal nas PCA. Tal poderá sugerir que existam outras variáveis envolvidas na mediação entre a IC e a consciência emocional.

Em termos de implicações para a prática, o presente estudo sugere que o investimento ao nível do tratamento nas áreas da IC Positiva e da RE poderá reforçar os ganhos terapêuticos. Não obstante esta possibilidade, será de considerar que este impacto seja limitado, à semelhança do que defendem Svaldi e Naumann (2014), de que as estratégias de RE (e.g., aceitação e ruminação) têm um impacto limitado na insatisfação corporal, na BED.

Quanto às associações entre a IC Positiva e a dimensão emocional no grupo PCA, os resultados corroboraram a hipótese inicial e indicaram que uma maior apreciação corporal

se relacionou com níveis mais reduzidos de afeto negativo e mais elevados de afeto positivo, resultado este que corrobora o estudo de Swami et al. (2008), no qual a apreciação corporal se relacionou com o afeto positivo. Efetivamente, a BAS-2 integra conceitos como a aceitação corporal e o conforto relativamente ao corpo (Frisén & Holmqvist, 2010), os quais exprimem estados emocionais positivos. Tal reforça a ideia de que a positividade interior possa ser uma dimensão patente na IC Positiva. Por seu turno, Atkinson e Wade (2012), verificaram que lacunas na aceitação metacognitiva, associaram-se com o afeto negativo. No estudo destes autores, os sujeitos que recorriam à aceitação, experienciaram um aumento na satisfação corporal e uma diminuição no afeto negativo ao longo do tempo.

Adicionalmente, uma maior aceitação corporal associou-se apenas com uma menor sintomatologia de ansiedade, no grupo PCA. Este resultado pode ser interpretado a partir da presença de estados emocionais positivos em relação ao corpo, os quais poderão diminuir a sintomatologia de ansiedade (Avalos & Tylka, 2006). Já a funcionalidade e a responsividade corporal, revelaram uma forte associação negativa com praticamente todas as variáveis emocionais, à exceção da afetividade positiva (a qual não foi significativa). Os resultados indicaram que um maior foco na funcionalidade do corpo relacionou-se com níveis mais reduzidos de sintomatologia de ansiedade e depressão, tal como documentado na literatura (Hughes & Gullone, 2011; Alleva et al., 2017). Também a maior responsividade corporal relaciona-se com menor afetividade negativa. Porém, a inexistência de uma associação significativa entre esta dimensão da IC Positiva e a afetividade positiva, não é consistente com a literatura que indica correlações positivas entre estas variáveis (Tihanyi et al., 2017).

Efetivamente, a IC negativa associa-se positivamente com estas variáveis emocionais (Stice & Bearman, 2001; Juarascio, Perone, & Timko, 2011; Stice & Bearman, 2001; Doumit et al., 2016; Jung et al., 2017; Hong & Hong, 2019). Deste modo, será expectável que apreciar, aceitar, proteger e respeitar o corpo, se relacione com uma redução da sintomatologia de ansiedade, de depressão e de PCA. É ainda de realçar que níveis mais elevados de ansiedade e depressão, poderão emergir das dificuldades de RE, as quais se relacionam com uma maior severidade dos sintomas (Coutinho et al., 2009). Neste estudo, observou-se ainda que as dificuldades de RE, associaram-se mais frequentemente com as dimensões de IC Positiva do que com as variáveis relativas ao estado emocional.

Quanto à associação entre a IC Positiva e o domínio emocional no grupo de controlo, a apreciação, aceitação e responsividade corporal, relacionaram-se significativamente com quase todas as variáveis emocionais, à exceção da afetividade negativa e da ansiedade,

respetivamente. Já a presença de uma concetualização ampla de beleza, demonstrou apenas uma forte associação negativa com a ansiedade, a qual poderá ser explicada pela presença de emoções positivas (despoletadas a partir desta dimensão da IC Positiva), que poderão associar-se a uma diminuição da ansiedade. Os resultados obtidos no grupo de controlo, foram idênticos aos do grupo PCA, na medida em que a apreciação e responsividade corporal, foram as dimensões da IC Positiva que apresentaram uma maior associação negativa com a dimensão emocional. Adicionalmente, são consistentes com as correlações negativas significativas entre a IC Positiva e as dificuldades no domínio emocional. Por outro lado, níveis mais elevados de investimento na aparência, associaram-se com maiores dificuldades de RE e maior sintomatologia de ansiedade. Este resultado poderá relacionar-se com a possibilidade de que contrariamente ao verificado no grupo PCA, o investimento na aparência tenha implicações no domínio emocional, em sujeitos saudáveis. Por outro lado, poderá ser justificado pelas prováveis limitações do ASI-R.

Conclusão

Este estudo visou comparar indivíduos com PCA com sujeitos saudáveis, relativamente à IC Positiva, às dificuldades de RE e ao estado emocional e investigar a relação entre a IC Positiva e o domínio emocional, nas PCA. Apesar do investimento no estudo da IC negativa e na sua associação com as dificuldades de RE e o estado emocional nas PCA, as investigações na IC Positiva, são ainda em reduzido número existindo diversas questões em aberto.

No que concerne às diferenças entre o grupo PCA e controlo, os dados exploratórios deste estudo, revelam com alguma clareza que o grupo PCA apresenta índices mais reduzidos de IC Positiva em todas as dimensões deste construto, à exceção do investimento na aparência. Tal resultado poderá justificar-se a partir de uma possível limitação da escala ASI-R.

É de salientar que a menor IC Positiva, verificada no grupo PCA, não se relaciona com variáveis clínicas (e.g., duração da doença e IMC). Neste sentido, seria interessante explorar mais aprofundadamente estas associações, tendo em consideração cada um dos grupos diagnósticos. Não obstante, estes resultados sugerem que a IC Positiva é um conceito amplo e não necessariamente dependente do IMC, tal como defendido pelos autores que definiram este conceito teórico.

A apreciação, a funcionalidade e a responsividade corporal, são as dimensões da IC Positiva que mais se relacionaram com o domínio emocional. Estes resultados permitem estabelecer implicações para a prática clínica, entre as quais, a implementação de uma abordagem de intervenção integrativa destas dimensões da IC Positiva e do domínio emocional, com base no pressuposto de que estas poderão manifestar uma influência recíproca. Neste sentido, estudos posteriores poderão explorar possíveis variáveis envolvidas no desenvolvimento de uma IC Positiva e de menores dificuldades de RE nesta população, com vista a informar programas de prevenção das PCA, de promoção da IC Positiva e a fornecer contributos importantes para a prática, em conjunto com a investigação do seu custo-eficácia.

Podemos ainda mencionar outra sugestão futuras de investigação, com base nos resultados obtidos no presente estudo. Será interessante que estudos posteriores, explorem mais detalhadamente a associação entre a IC Positiva e uma diversidade de variáveis

englobadas nas dificuldades de RE (e.g., acesso limitado a estratégias de RE, não aceitação das repostas emocionais, falta de consciência emocional, dificuldades no envolvimento em comportamentos orientados para os objetivos e expressão emocional); e que investiguem mais aprofundadamente as associações pontuais, encontradas entre a aceitação corporal e a ansiedade e entre a concetualização ampla de beleza e as dificuldades de RE.

Apesar dos dados interessantes e inovadores ao nível da IC Positiva, o presente estudo englobou algumas limitações. O tamanho da amostra limita a generalização dos resultados. Portanto, este estudo exploratório deverá ser replicado em amostras de maior dimensão e mais diversas em termos do diagnóstico específico de PCA, uma vez que a maioria das respondentes do grupo clínico, tinham um diagnóstico de AN Tipo Restritivo.

Referências bibliográficas

- Ahrberg, M., Trojca, D., Nasrawi, N., & Vocks, S. (2011). Body Image Disturbance in Binge Eating Disorder: A Review. *European Eating Disorders Review*, 19(5), 375-381. doi:10.1002/erv.1100
- Alleva, J., Tylka, T., & Kroon Van Diest, A. (2017). The Functionality Appreciation Scale (FAS): Development and psychometric evaluation in U.S. community women and men. *Body Image*, 23, 28-44. doi:10.1016/j.bodyim.2017.07.008
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- Andrew, R., Tiggemann, M., & Clark, L. (2015). The protective role of body appreciation against media-induced body dissatisfaction. *Body Image*, 15, 98-104. doi:10.1016/j.bodyim.2015.07.005
- Andrew, R., Tiggemann, M., & Clark, L. (2016). Predictors and Health-Related Outcomes of Positive Body Image in Adolescent Girls: A Prospective Study. *Developmental Psychology*, 52(3), 463-474. doi:10.1037/dev0000095
- Atari, M. (2016). Factor structure and psychometric properties of the Body Appreciation Scale-2 in Iran. *Body Image*, 18, 1-4. doi:10.1016/j.bodyim.2016.04.006
- Atkinson, M. & Wade, T. (2012). Impact of Metacognitive Acceptance on Body Dissatisfaction and Negative Affect: Engagement and Efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 10(3), 416-425. doi:10.1037/a0028263
- Avalos, L. & Tylka, T. (2006). Exploring a Model of Intuitive Eating With College Women. *Journal of Counseling Psychology*, 53(4), 486-497. doi:10.1037/0022-0167.53.4.486
- Barbosa, R., Vieira, F. M., Brandão, M. P., Meneses, L., Fernandes, R., & Torres, S. (2018, Junho). *Measurement of positive body image's facets: Psychometric properties of the BESAA and BAOS in Portuguese adolescents and adults*. Poster apresentado na Appearance Matters 8 Conference, Bath, Reino Unido.
- Bento, S., Ferreira, C., Mendes, A., & Marta-Simões, J. (2017). Emotion regulation and disordered eating: The distinct effects of body image-related cognitive fusion and body appreciation. *Psychologica*, 50(2), 11-25. doi:10.14195/1647-8606_60-2_1

- Brooks, S., Prince, A., Stahl, D., Campbell, I., & Treasure, J. (2011). A systematic review and meta-analysis of cognitive bias to food stimuli in people with disordered eating behaviour. *Clinical Psychology Review*, 31, 37–51. doi:10.1016/j.cpr.2010.09.006
- Butryn, M., Juarascio, A., Shaw, A., Kerrigan, S., Clark, V., O’Planick, A., & Forman, E. (2013). Mindfulness and its relationship with eating disorders symptomatology in women receiving residential treatment. *Eating Behaviors*, 14, 13–16. doi:10.1016/j.eatbeh.2012.10.005
- Caglar-Nazali, H., Corfield, F., Cardi, V., Ambwani, S., Leppanen, J., Olabintan, O., Deriziotis, S., Hadjimichalis, A., Scognamiglio, P., Eshkeviri, E., Micali, N., & Treasure, J. (2014). A systematic review and meta-analysis of ‘Systems for Social Processes’ in eating disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 42, 55-92. doi:10.1016/j.neubiorev.2013.12.002
- Cash, T. & Deagle, E. (1997). The nature and Extent of Body-Image Disturbances in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: A Meta-Analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22(2), 107-125. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199709)
- Cash, T., Melnyk, S., & Hrabosky, J. (2003). The Assessment of Body Image Investment: An Extensive Revision of the Appearance Schemas Inventory. *Wiley Periodicals*, 305-316. doi:10.1002/eat.10264
- Cash, T. & Smolak, L. (2011). *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2^a ed.). Nova Iorque: Guilford Press.
- Chisuwa, N. & O’Dea, J. (2010). Body image and eating disorders amongst Japanese adolescents. A review of the literature. *Appetite*, 54(1), 5-15. doi:10.1016/j.appet.2009.11.008
- Choma, B., Shove, C., Busseri, M., Sadava, S., & Hosker, A. (2009). Assessing the role of body image coping strategies as mediators or moderators of the links between self-objectification, body shame, and well-being. *Sex Roles*, 61, 699–713. doi:10.1007/s11199-009-9666-9
- Cohen, J. W. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Nova Iorque: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cook-Cottone, C. (2006). The Attuned Representation Model for the Primary Prevention of Eating Disorders: An Overview for School Psychologists. *Wiley Periodicals, Inc.*, 43(2), 223-230. doi:10.1002/pits

- Cook-Cottone, C. (2015). Incorporating positive body image into the treatment of eating disorders: A model for attunement and mindful self-care. *Body Image*, 14, 158-167. doi: 10.1016/j.bodyim.2015.03.004
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreira, R., & Dias, P. (2009). The Portuguese version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale and its relationship with psychopathological symptoms. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(4), 145-151. doi:10.1590/S0101-60832010000400001
- Davies, H., Wolz, I., Leppanen, J., Fernandez-Aranda, F., Schmidt, U., & Tchanturia, K. (2016). Facial expression to emotional stimuli in non-psychotic disorders: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 64, 252-271. doi:10.1016/j.neubiorev.2016.02.015
- Delinsky, S. (2011). Positive Psychology Perspectives on Body Image. In T. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body Image: A handbook of science, practice and prevention* (2^a ed., pp. 279-309). Nova Iorque: Guilford Press.
- Dingemans, A., Danner, U., & Parks, M. (2017). Emotion Regulation in Binge Eating Disorder: A Review. *Nutrients*, 9(1274), 1-11. doi:10.3390/nu9111274
- Doumit, R., Zeeni, N., Ruiz, M., & Khazen, G. (2016). Anxiety as a Moderator of the Relationship Between Body Image and Restrained Eating. *Perspectives in Psychiatric Care*, 52, 254-264. doi:10.1111/ppc.12126
- Fairburn, C., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509–528. doi:10.1016/S0005-7967(02)00088-8
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2011). The Validation of the Body Image Acceptance and Action Questionnaire: Exploring the Moderator Effect of Acceptance on Disordered Eating. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(3), 327-345. Consultado em: <http://www.ijpsy.com/>
- Frisén, A., & Holmqvist, K. (2010). What characterizes early adolescents with a positive body image? A qualitative investigation of Swedish girls and boys. *Body Image*, 7, 205–212. doi:10.1016/j.bodyim.2010.04.001
- Galinha, I. & Pais-Ribeiro, J. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS): II – Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, 2(23), 219-227. doi:10.14417/ap.84

- Gilboa-Schechtman, E., Avnon, L., Zubery, E., & Jeczmién, P. (2006). Emotional Processing in Eating Disorders: Specific Impairment Or General Distress Related Deficiency?. *Depression and Anxiety*, 23, 331-339. doi:10.1002/da.20163
- Grajera, M., Quiñones, I., & Bento, M. (2018). Percepción de la imagen corporal de los adolescentes de Huelva atendiendo al género y a la edad. *Retos*, 34, 40-43. Consultado em: www.retos.org
- Gratz, K. & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. doi:10.1007/s10862-008-9102-4
- Hayaki, J., Friedman, M., & Brownell, K. (2001). Emotional Expression and Body Dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 31(1), 57-62. doi:10.1002/eat.1111
- Hallikwell, E. (2013). The impact of thin idealized media images on body satisfaction: Does body appreciation protect women from negative effects?. *Body Image*, 10, 509–514. doi:10.1016/j.bodyim.2013.07.004
- Hatch, A., Madden, S., Kohn, M., Clarke, S., Touyz, S., & Williams, L. (2010). Anorexia Nervosa: Towards An Integrative Neuroscience Model. *European Eating Disorders Review*, 18, 165-179. doi:10.1002/erv.974
- Haynos, A., & Fruzzetti, A. (2011). Anorexia Nervosa as a Disorder of Emotion Dysregulation: Evidence and Treatment Implications. *Clinical Psychology Science and Practice*, 18(3), 183-202. doi:10.1111/j.1468-2850.2011.01250.x
- Hrabosky, J. (2011). Positive Psychology Perspectives on Body Image. In T. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body Image: A handbook of science, practice and prevention* (2^a ed., pp. 296-304). Nova Iorque: Guilford Press.
- Hong, G. & Hong, S. (2019). Relationships among Body Mass Index, Body Image, and Depression in Korean Adults: Korea National Health and Nutrition Examination Survey 2014 and 2016. *Journal of Obesity & Metabolic Syndrome*, 28, 61-68. doi:10.7570/jomes.2019.28.1.61
- Hughes, E. & Gullone, E. (2011). Emotion regulation moderates relationships between body image concerns and psychological symptomatology. *Body Image*, 8(3), 224–231. doi:10.1016/j.bodyim.2011.04.001

- Juarascio, A., Perone, J., & Timko, C. (2011). Moderators of the Relationship Between Body Image Dissatisfaction and Disordered Eating. *Eating Disorders*, 19, 346-354. doi:10.1080/10640266.2011.584811
- Jung, S., Woo, H., Cho, S., Park, K., Jeong, S., Lee, Y., Kang, D., & Shin, A. (2017). Association between body size, weight, change and depression: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 211, 14-21. doi:10.1192/bjp.bp.116.186726
- Junne, F., Zipfel, S., Wild, B., Martus, P., Giel, K., Resmark, G., Friederich, H., Teufel, M., Zwaan, M., Dinkel, A., Herpertz, S., Burgmer, M., Tagay, S., Rothermund, E., Zeeck, A., Ziser, K., Herzog, W., & Löwe, B. (2016). The Relationship of Body Image With Symptoms of Depression and Anxiety in Patients With Anorexia Nervosa During Outpatient Psychotherapy: Results of the ANTOP Study. *Psychotherapy*, 53(2), 141-151. doi:10.1037/pst0000064
- Junne, F., Wild, B., Resmark, G., Giel, K., Teufel, M., Martus, P., Ziser, K., Friederich, H., Zwaan, M., Löwe, B., Dinkel, A., Herpertz, S., Burgmer, M., Tagay, S., Rothermund, E., Zeeck, A., Herzog, W., & Zipfel, S. (2018). The importance of body image disturbances for the outcome of outpatient psychotherapy in patients with anorexia nervosa: Results of the ANTOP-study. *European Eating Disorders Review*, 1-10. doi: 10.1002/erv.2623
- Kline, R. B. (2005). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. Nova Iorque: Guilford Press.
- Lantz, E., Gaspar, M., DiTore, R., Piers, A., & Schaumberg, K. (2018). Conceptualizing body dissatisfaction in eating disorders within a selfdiscrepancy framework: a review of evidence. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(3), 275-291. doi:10.1007/s40519-018-0483-4
- Lavender, J., Wonderlich, S., Engel, S., Gordon, K., Kaye, W., & Mitchell, J. (2015). Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 40, 111-122. doi:10.1016/j.cpr.2015.05.010
- Lemoine, J., Konradsen, H., Jensen, A., Roland-Lévy, C., Ny, P., Khalaf, A., & Torres, S. (2018). Factor structure and psychometric properties of the Body Appreciation Scale-2 among adolescents and young adults in Danish, Portuguese, and Swedish. *Body Image*, 26, 1-9. doi:10.1016/j.bodyim.2018.04.004

- Leonidas, C. & Santos, M. (2012). Imagem Corporal e Hábitos Alimentares na Anorexia Nervosa: Uma Revisão Integrativa da Literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(3), 550-558. doi:10.1590/S0102-79722012000300015
- Lewer, M., Bauer, A., Hartmann, A., & Vocks, S. (2017). Different Facets of Body Image Disturbance in Binge Eating Disorder: A Review. *Nutrients*, 9(1294), 1-24. doi:10.3390/nu9121294
- Littleton, H. & Ollendick, T. (2003). Negative Body Image and Disordered Eating Behavior in Children and Adolescents: What Places Youth at Risk and How Can These Problems Be Prevented?. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(1), 51-66. doi:1096-4037/03/0300-0051/0
- Luoma, J., & Hayes, S. (2003). Cognitive Defusion. In W. O'Donahue, J. Fisher, S. Hayes (Eds.), *Empirically supported techniques of cognitive behavioral therapy: a step-by-step guide for clinicians* (2nd ed., 71-78). Nova Iorque: Wiley.
- Mallorquí-Bagué, N., Vintró-Alcaraz, C., Sánchez, I., Riesco, N., Agüera, Z., Granero, R., Jiménez-Múrcia, S., Menchón, J., Treasure, J., & Fernández-Aranda, F. (2018). Emotion Regulation as a Transdiagnostic Feature Among Eating Disorders: Cross-sectional and Longitudinal Approach. *European Eating Disorders Review*, 26, 53-61. doi:10.1002/erv.2570
- Nazaré, B., Moreira, H., & Canavarro, M. (2010). Uma perspetiva cognitivo-comportamental sobre o investimento esquemático na aparência: Estudos psicométricos do Inventário de Esquemas sobre a Aparência – Revisto (ASI-R). *Laboratório de Psicologia*, 8(1), 21-36. doi:10.14417/lp.646
- Naumann, E., Tuschen-Caffier, B., Voderholzer, U., Schafer, J., & Svaldi, J. (2016). Effects of emotional acceptance and rumination on media-induced body dissatisfaction in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 82, 119-125. doi:10.1016/j.jpsychires.2016.07.021
- Nikodijevic, A., Buck, K., Fuller-Tyszkiewicz, M., de Paoli, T., & Krug, I. (2018). Body checking and body avoidance in eating disorders: Systematic review and meta-analysis. *European Eating Disorders Review*, 26(3), 1-27. doi:10.1002/erv.2585
- Nowakowski, M., McFarlane, T., & Cassin, S. (2013). Alexithymia and eating disorders: a critical review of the literature. *Journal of Eating Disorders*, 1(21), 1-14. doi:10.1186/2050-2974-1-21

- Oldershaw, A., Hambrook, D., Stahl, D., Tchanturia, K., Treasure, J., & Schmidt, U. (2011). The socio-emotional processing stream in Anorexia Nervosa. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35, 970-988. doi:10.1016/j.neubiorev.2010.11.001
- Oldershaw, A., Lavender, T., Sallis, H., Stahl, D., & Schmidt, U. (2015). Emotion generation and regulation in anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis of self-report data. *Clinical Psychology Review*, 39, 83-95. doi:10.1016/j.cpr.2015.04.005
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., & Meneses, R. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225-237. doi:10.1080/13548500500524088
- Palmeira, L., Trindade, I., & Ferreira, C. (2014). Can the impact of body dissatisfaction on disordered eating be weakened by one's decentering abilities?. *Eating Behaviors*, 15, 392-396. doi:10.1016/j.eatbeh.2014.04.012
- Piran, N. (2015). New possibilities in the prevention of eating disorders: The introduction of positive body image measures. *Body Image*, 14, 146-157. doi:10.1016/j.bodyim.2015.03.008
- Rivière, J., Rousseau, A., & Douilliez, C. (2018). Effects of induced rumination on body dissatisfaction: Is there any difference between men and women?. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 61, 1-6. doi:10.1016/j.jbtep.2018.05.005
- Rodgers, R., Chabrol, H., & Paxton, S. (2011). An exploration of the tripartite influence model of body dissatisfaction and disordered eating among Australian and French college women. *Body Image*, 8, 208-215. doi:10.1016/j.bodyim.2011.04.009
- Sandoz, E., Wilson, K., Merwin, R., & Kellum, K. (2013). Assessment of body image flexibility: The Body Image-Acceptance and Action Questionnaire. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2, 39-48. doi:10.1016/j.jcbs.2013.03.002
- Sepúlveda, A., Botella, J., & León, J. (2001). La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: un meta-análisis. *Psicothema*, 13(1), 7-16. Consultado em: <http://www.psicothema.com>
- Sharpe, H., Griffiths, S., Choo, T., Eisenberg, M., Mitchison, D., Wall, M., & Neumark-Sztainer, D. (2018). The relative importance of dissatisfaction, overvaluation and preoccupation with weight and shape for predicting onset of disordered eating behaviors and depressive symptoms over 15 years. *International Journal of Eating Disorders*, 1-8. doi:10.1002/eat.22936

- Sim, L. & Zeman, J. (2006). The Contribution of Emotion Regulation to Body Dissatisfaction and Disordered Eating in Early Adolescent Girls. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(2), 219-228. doi:10.1007/s10964-005-9003-8
- Sternheim, L., Startup, H., & Schmidt, U. (2015). Anxiety-related processes in anorexia nervosa and their relation to eating disorder pathology, depression and anxiety. *Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice*, 3(1), 13-19. doi:10.1080/21662630.2014.948469
- Stice, E. & Bearman, S. (2001). Body-Image and Eating Disturbances Prospectively Predict Increases in Depressive Symptoms in Adolescent Girls: A Growth Curve Analysis. *Developmental Psychology*, 37(5), 597-607. doi:10.1037//0012-1649.37.5.597
- Svaldi, J. & Naumann, E. (2014). Effects of Rumination and Acceptance on Body Dissatisfaction in Binge Eating Disorder. *European Eating Disorders Review*, 22, 338-345. doi:10.1002/erv.2312
- Swami, V., García, A., & Barron, D. (2017). Factor structure and psychometric properties of a Spanish translation of the Body Appreciation Scale-2 (BAS-2). *Body Image*, 22, 13-17. doi:10.1016/j.bodyim.2017.05.002
- Swami, V., Mada, R., & Tovée, M. (2012). Weight discrepancy and body appreciation of Zimbabwean women in Zimbabwe and Britain. *Body Image*, 9, 559-562. doi:10.1016/j.bodyim.2012.05.006
- Swami, V., & Ng, S. (2015). Factor structure and psychometric properties of the Body Appreciation Scale-2 in university students in Hong Kong. *Body Image*, 15, 68-71. doi:10.1016/j.bodyim.2015.06.004
- Swami, V., Stieger, S., Haubner, T., & Voracek, M. (2008). German translation and psychometric evaluation of the Body Appreciation Scale. *Body Image*, 5(1), 122-127. doi:10.1016/j.bodyim.2007.10.002
- Tiggemann, M., & McCourt, A. (2013). Body appreciation in adult women: Relationships with age and body satisfaction. *Body Image*, 10, 624-627. doi:10.1016/j.bodyim.2013.07.003
- Tihanyi, B., Ferentzi, E., Daubenmier, J., Drew, R., & Koteles, F. (2017). Body Responsiveness Questionnaire: Validation on a European sample, Mediation between Body Awareness and Affect, connection with Mindfulness, Body Image, and Physical Activity. *International Body Psychotherapy Journal The Art and Science of Somatic Praxis*, 16(1), 56-73. Consultado em: <https://www.semanticscholar.org>

- Torres, S., Guerra, M., Lencastre, L., Roma-Torres, A., Brandão, I., Queirós, C., & Vieira, F. (2011). Cognitive Processing of Emotions in Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 19, 100-111. doi:10.1002/erv.1046
- Torres, S., Guerra, M., Lencastre, L., Miller, K., Vieira, F., Roma-Torres, A., Brandão, I., & Costa, P. (2015). Alexithymia in anorexia nervosa: The mediating role of depression. *Psychiatry Research*, 225, 99-107. doi:10.1016/j.psychres.2014.10.023
- Tylka, T. & Iannantuono, A. (2016). Perceiving beauty in all women: Psychometric evaluation of the Broad Conceptualization of Beauty Scale. *Body Image*, 17, 67–81. doi: 10.1016/j.bodyim.2016.02.005
- Tylka, T. & Wood-Barcalow, N. (2015a). The Body Appreciation Scale-2: Item refinement and psychometric evaluation. *Body Image*, 12, 53-67. doi:10.1016/j.bodyim.2014.09.006
- Tylka, T. & Wood-Barcalow, N. (2015b). What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image*, 14, 118-129. doi: 10.1016/j.bodyim.2015.04.001
- Vally, Z., D'Souza, C., Habeeb, H., & Bensumaidea, B. (2018). The factor structure and psychometric properties of an Arabic-translated version of the Body Appreciation Scale-2. *Perspectives in Psychiatric Care*, 1-5. doi:10.1111/ppc.12312
- Walker, D., White, E., & Srinivasan, V. (2018). A meta-analysis of the relationships between body checking, body image avoidance, body image dissatisfaction, mood, and disordered eating. *International Journal of Eating Disorders*, 1-26. doi:10.1002/eat.22867
- Watson, D., Clark, L., & Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070. doi:10.1037/0022-3514.54.6.1063
- Webb, J. (2015). Body image flexibility contributes to explaining the link between body dissatisfaction and body appreciation in White college-bound females. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4, 176-183. doi:10.1016/j.jcbs.2015.06.001
- Westwood, H., Kerr-Gaffney, J., Stahl, D., & Tchanturia, K. (2017). Alexithymia in eating disorders: Systematic review and meta-analyses of studies using the Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 99, 66-81. doi:10.1016/j.jpsychores.2017.06.007

- Williamson, G. & Karazsia, B. (2018). The effect of functionality-focused and appearance focused images of models of mixed body sizes on women's state-oriented body appreciation. *Body Image*, 24, 95-101. doi:10.1016/j.bodyim.2017.12.008
- Wood-Barcalow, N., Tylka, T., & Augustus-Horvath, C. (2010). "But I Like My Body": Positive body image characteristics and a holistic model for young-adult women. *Body Image*, 7, 106-116. doi:10.1016/j.bodyim.2010.01.001
- Zheng, Y. & Sun, Q. (2017). Testing Objectification Theory with Chinese Undergraduate Women and Men. *Social Behavior and Personality*, 45(4), 629-640. doi:10.2224/sbp.5892